

P-157

妊娠糖尿病における産後の糖負荷試験(75gOGTT)の意義

さいたま赤十字病院 産婦人科

○伴 政明、宮本 純孝、鎌田 広之、川合 貴幸、石川 真、秦 利衣、智多 昌哉、伊藤 朋子、諏訪 裕人、高橋 泰洋、村田 知美、中村 学、安藤 昭彦

【緒言】妊娠糖尿病は健康妊婦に比較して将来高頻度に2型糖尿病を発症するため妊娠中のみならず産後も慎重なフォローアップが必要とされている。今回我々は当院で出産した妊娠糖尿病妊婦を対象に産後に行われる75gOGTT検査の結果を調査した。【方法】2015年1月～2017年2月までの間にさいたま赤十字病院で出産した妊娠糖尿病患者54名を対象に産後の75gOGTT検査の結果を診療録から後方視的に検討した。75gOGTTの判定区分を正常型・境界型・糖尿病型の3つに分類しそれぞれの割合を調べた。【結果】対象者は合計54名、平均年齢は34.83歳。非妊娠時におけるBMIの平均は23.16。非妊娠時の体重の平均は57.62Kg。発症時の平均空腹時血糖は83.2mg/dl、負荷後1時間値は176.47mg/dl、2時間値は164.13mg/dlであった。平均HbA1cは5.51%であった。平均分娩週数は38.79週、平均フォローアップ期間は13.2週間。正常型が39/54名(72.2%)、境界型が14/54名(25.93%)、糖尿病型が1/54名(1.85%)であった。【結論】産後の75gOGTT検査の陽性率は決して高くはない。妊娠糖尿病患者が将来2型糖尿病に発症する割合を考慮すると妊娠中からの患者教育と産後における長期的フォローアップが必要である。

P-159

当院骨粗鬆症リエゾンチーム介入症例おける骨粗鬆症治療薬の使用状況 第3報

仙台赤十字病院 薬剤部¹⁾、仙台赤十字病院整形外科²⁾、仙台赤十字病院骨代謝外来³⁾

○中村 隆志¹⁾、佐々木茂文¹⁾、小池 洋一^{2,3)}、鈴木 伸男¹⁾、岸本 光司³⁾、北 純^{2,3)}

【目的】近年における骨粗鬆症治療薬は薬効や薬理作用のみならず、投与経路や投与間隔の異なる薬剤が複数あり、治療の選択肢は幅広くになっている。仙台赤十字病院(以下、当院)では骨粗鬆症患者の治療導入率・治療継続率向上を目的として2014年より骨粗鬆症リエゾンチームが発足され、骨粗鬆症の治療に介入している。当院で骨粗鬆症リエゾンチームが介入した患者のうち、新規で開始された骨粗鬆症治療薬の使用状況を調査した。【方法】2014年7月から2017年4月までに治療介入を行った、入院、外来を併せた20～90代の患者348名(男性54名、女性294名)のうち、骨粗鬆症治療薬が新規で開始された227名(男性21名、女性206名)を対象とした。単独処方群156名、併用処方群71名(2剤併用69名、3剤併用2名)の使用薬剤について調査を行った。【結果】単独処方群はエルデカルシトール86例(63%)、ビスホスホネート製剤50例(31%)、テリパラチド13例(9%)、SERM(selective estrogen receptor modulator)12例(8%)。併用処方群は[エルデカルシトール+ビスホスホネート製剤]43例、[エルデカルシトール+SERM]17例、[エルデカルシトール+デノスマブ]2例であった。【結果・考察】対象患者数は第1報の57名から第3報の227名と約4倍になったが、傾向として当院で新規開始となった骨粗鬆症治療薬は単独、併用処方群ともにエルデカルシトールが最も多かったことに変わりはなかった。骨粗鬆症リエゾンチーム活動における薬剤師の役割として、患者の個々のアドヒアランスを考慮した薬剤選択に寄与し、増えゆく骨粗鬆症治療薬に精通してより良い薬物治療を提供できる環境づくりをしていきたい。

P-161

梨状筋が整復阻害因子となった外傷性股関節脱臼の一例

石巻赤十字病院 整形外科

○木村 礼、城越 智彦、東 恭平、栗島 宏明、佐藤俊一郎、佐々木盛力、今村 格

【はじめに】外傷性股関節脱臼は後遺症に大腿骨頭壊死症の報告があり、その予防には可及的早期の整復が要求される。徒手整復が不能であった場合、観血的に整復が行われる。今回梨状筋が整復阻害因子となり観血的整復を要した症例を経験したので報告する。【症例】19歳、男性。既往歴 ダウン症。坂道を登っていた際に転倒し右膝をつき受傷、救急外来受診した。歩行不能であったが、痛みの訴えがあった膝のXr、CTでは骨傷がなかったため、自宅安静を指示された。受傷10日目に近医受診、股関節後方脱臼の診断で当院に搬送された。意思疎通が難しく、日数も経過しており全身麻酔下に整復を行なった。骨頭の引き下げは出来たが、骨頭が臼蓋の外側に位置したまま脱臼が残存したので、観血的整復に移行した。後方アプローチで展開、大臀筋筋腹を切開、大臀筋と中臀筋の間を分け関節包から後方に脱臼した大腿骨頭を確認した。骨頭を徒手的に押し込んだが整復できず、骨頭周囲の関節包を切開、股関節を牽引しながら臼蓋と骨頭の境界を確認した。鉗子で臼蓋に入り込んだ軟部組織を引き上げると、骨頭が整復された。整復位になってから観察すると、整復を阻害していた軟部組織は梨状筋であった。術後は外転枕使用し患肢免荷で経過観察している。【考察】外傷性股関節脱臼の合併症として、大腿骨や寛骨臼の骨折、血管・神経損傷の他、変形関節症、骨頭壊死などが報告されている。12時間以内の整復により骨頭壊死が予防できた報告例もある。本症例は受傷後10日が経過しており、骨頭壊死症の発症には注意が必要である。徒手整復が困難で観血的整復が行われた症例では、整復阻害因子として関節唇、関節包などの報告がある。本症例では観血的整復を行い、梨状筋が整復阻害因子であった。

P-158

子宮頸部静脈瘤を合併した子宮前壁付着低置胎盤の1例

姫路赤十字病院 産婦人科

○小山 美佳、水谷 靖司、番匠 里紗、杉野 智子、楠元 理恵、中澤 浩志、西田 友美、河合 清日、中山 朋子、中務日出輝、小高 晃嗣

静脈瘤は妊産婦によく見られる疾患であるが、多くは下肢や外陰部に限局し、子宮頸部静脈瘤は非常に稀な合併症である。急激な大量出血を起こす危険性があり、周産期における母児管理において注意深い管理を要する疾患である。今回我々は胎盤から子宮頸部に連続するポリープ様腫瘤を認め、妊娠経過中出血を繰り返した子宮頸部静脈瘤を合併した症例を経験したので報告する。39歳、1経妊1経産。5年前に子宮内膜ポリープの既往があり、子宮鏡下ポリープ切除術後である。今回人工授精にて妊娠成立。妊娠11週頃より不正性器出血あり、子宮頸管内に血流豊富な血管を認め出血を繰り返すため妊娠14週で当院紹介となった。初診時陰鏡診にて頸管内にポリープ様腫瘤を認め、陰部前唇に結節性腫瘤を認めた。経陰超音波では頸管内から子宮陰部前唇にかけて非常に豊富な血流を認めたため、管理入院となった。入院2日目に性器出血増加あり、Hgb4.4g/dlと低下あり、濃厚赤血球輸血を要した。妊娠16週に行ったMRIでは子宮頸管内から子宮頸部前壁の筋層内にかけてflow voidが目立つかなり血流豊富な腫瘤を認め、胎盤と連続しているように見えた。その後妊娠20週以降は性器出血なく経過し、妊娠26週に再度MRI検査を施行したところ、flow voidは明らかに減少していた。その後経陰超音波にて子宮頸管前壁に血管拡張は認めるものの経陰分娩は可能と判断。妊娠39週3日に前期破水にて入院し、同日経陰分娩となった。分娩時出血量は1085mlと多かったが、その後出血は増加することなく産後5日目に退院となった。産後4日目に施行した後経陰超音波では頸管前壁の血管拡張は消失していた。本症例の経過について文献的考察を加え、報告する。

P-160

仙骨、仙腸関節周辺骨折に対する手術術式の検討ー術式の変遷を経てー

高知赤十字病院 整形外科

○十河 敏博、内田 理、後藤 仁、青山 直樹、樋口 忠弘、山崎 悠平

【目的】仙骨、仙腸関節周囲骨折に対するわれわれの術式の変遷を紹介し、その術式を検討する。【術式】我々は、2000年より、仙骨骨折、仙腸関節脱臼骨折に対して、鉗らの提唱したpedicle screw Galvestone法を用いて治療してきた。初期は両側SI-pedicle screwとventing rodを用いたGalvestone法で、最近は骨盤輪骨折のvertical shear Ctype骨折、転位の軽度なものは、SI-iliac pedicle screw法で、垂直転位の大きな例は、spino-pelvic stabilizationを用いている。術前、術中整復固定時に牽引を加え垂直転位を矯正することによって、解剖学的な骨盤が再建される。しかし、前柱の不安定性の補強が不十分であると、その再建骨盤輪は離床後破綻し、失敗に終わる。我々の術式の変遷を紹介し、その有用性と問題点につき述べる。

P-162

鎖骨骨折鋼線固定術後、破損したK-鋼線が頸椎周囲に迷入した一例

伊勢赤十字病院 整形外科

○足立 量平、三浦 良浩、小嶽 和也、加藤 祥、竹上 徳彦、西本 和人、森川 丞二、山川 徹

【はじめに】K-鋼線は整形外科手術において骨折や脱臼の治療のために初期から使用されているインプラントの一つである。しかし稀ではあるが術後K-鋼線の迷入が報告されており、様々な合併症の原因となっている。今回我々は、右鎖骨骨折に対してK-鋼線固定術後、約10年で鋼線が頸椎に迷入した症例を経験したので報告する。【症例】85歳男性。主訴は右肩関節の動作時痛。既往歴は心房細動、狭心症、高血圧。受診時より約10年前に右鎖骨遠位端骨折に対して他院にてK-鋼線にて固定。約2年半前に偶然当院他科にて単純レントゲン、胸部CT施行。その際は、K-鋼線の破損はあるものの転位はなかった。受診2か月前より拳上時の右肩痛を認め当院紹介となった。右肩の可動域は屈曲90°、外転80°、外旋30°であった。単純レントゲンは3本のK-鋼線のうち2本が破損し、頸椎へ迷入を認めた。CTでは移動した鋼線によって第7頸椎椎弓に迷入していたが脊柱管までは達していなかった。もう1本はC7/Th1棘突起間に迷入していた。全身麻酔下にて迷入したK-鋼線を抜去。術後、右肩関節の動作時痛は消失。右肩の可動域は屈曲110°、外転90°に改善した。【考察】鋼線迷入のメカニズムは不明であるが、呼吸器系、循環器系への迷入が多いとされている。K-鋼線迷入によって、症状を呈することは少ないがレントゲンによる突然死例も報告されている。よって骨折や脱臼の治療時に対してK-鋼線を使用したとき、そのフォローについて特に注意する必要がある。K-鋼線迷入は医療者・患者サイドに周知されるべき医源性合併症である。